



CHECKLIST DE ATRIBUIÇÕES

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR	
SERVIDOR	REGISTRO FUNCIONAL
LOCAL DE TRABALHO/SECRETARIA	FONE/RAMAL
CARGO/FUNÇÃO	

Obs: Citar as atividades desenvolvidas atualmente e não as do cargo:

Responda as perguntas abaixo:

1. Há esforço físico?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se sim, qual? _____	
2. Ergue pesos?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se sim, o quê? _____	
3. Precisa subir escadas?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se sim, com que frequência? _____	
4. Trabalha em locais elevados?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se sim, que local? _____	
5. Dirige veículos ou opera máquinas?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se sim, qual veículo? _____	
6. Opera algum equipamento?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se sim, qual? _____	
7. Precisa usar EPI ou alguma roupa especial?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se sim, qual? _____	
8. Há movimentos repetitivos na execução de suas funções?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se sim, qual? _____	
9. Trabalha parcial ou integralmente em área externa/serviço externo?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se sim, aonde? _____	
10. Trabalha em locais de difícil acesso ou em locais que precise se abaixar/curvar o corpo com frequência?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se sim, que locais? _____	
11. Anda muito na execução de suas funções?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
12. Precisa ficar muito tempo:	<input type="checkbox"/> Sentado <input type="checkbox"/> Em pé <input type="checkbox"/> Alternado
13. Tem contato com poeira?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se sim, que tipo? (Pó, Serragem, Fuligem, etc.) _____	
14. Tem contato com produtos químicos?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se sim, qual? _____	
15. Tem contato com o público?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se sim, que público? _____	
16. Lida com crianças?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Se sim, de que maneira? _____	
17. Há muita responsabilidade ou cobrança no trabalho?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim

Mauá ____ de _____ de ____ .

Chefia Imediata (Carimbo e Assinatura)

Servidor (Assinatura)